Volume 15 Numero 2
agosto
2015



S.I.Pe.M

Attualità,
Proposte
e Ricerche
per l'Educazione
nelle Scienze
della Salute

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica



FIRENZE UNIVERSITY PRESS



UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ISSN 1971-7296

Poste Italiane spa – Tassa pagata – Piego di libro
Aut. N. 072/DCB/FII/VF del 31.03.2005

Volume 15 Numero 2
agosto
2015

Attualità,
Proposte
e Ricerche
per l'Educazione
nelle Scienze
della Salute

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica





UNIVERSITÀ
DI SIENA
1240

ISSN 1971-7296

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

Direttore responsabile: Giuseppe Ventriglia

ISSN (print) 1971-7296
ISSN (online) 1971-8551

La versione elettronica della rivista è disponibile soltanto per i Soci e gli Abbonati all'indirizzo:
http://www.fupress.com/tutor

TUTOR è pubblicata quadrimestralmente

• Numeri singoli o arretrati: 25€
• Abbonamento annuo Italia: 45€
• Abbonamento annuo Estero: 72€
• Abbonamento Istituzioni: 80€

Gli ABBONAMENTI e i NUMERI ARRETRATI vanno richiesti per fax al n. 055641257 oppure per posta a: LICOSA - Libreria Commissionaria Sansoni S.p.A. Via Duca di Calabria 1 /1 - 50125 Firenze - all'attenzione della Sig.ra Laura Mori (laura.mori@licosa.com)

Metodi di pagamento
• Contrassegno
• Bonifico Bancario: Monte dei Paschi di Siena, ABI 01030, CAB 02869, IBAN IT 88 Z 01030 02869 000004160064
• C/C 343509, Intestato a LICOSA - Libreria Commissionaria Sansoni S.p.A.

La rivista viene inviata gratuitamente ai Soci SIPeM in regola con la quota d'iscrizione per l'anno corrente.

Firenze University Press
Borgo Albizi, 28, 50122 Firenze, Italy
www.fupress.com

Printed in Italy

Sommario

Volume 15 Numero 2
agosto
2015

Attualità,
Proposte
e Ricerche
per l'Educazione
nelle Scienze
della Salute

tutor

Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica

4 **Presentazione del numero**
Cesare Scandellari

Lavori originali

5 L'Università Castrense nella formazione dei medici militari (1916-1917). Nel centenario della Grande Guerra il ricordo di una singolare sperimentazione didattica
Giacomo Delvecchio, Federico Delvecchio

13 Cultural Competent care: Educational Needs of junior Doctors in Palliative Care
Fabrizio Consorti, Roos Meriam Walraven

21 Democratic Evaluation of Clinical Clerkship in a Medical School. A Case study
Piersante Sestini, Rossella Angotti, Claudia Commisso, Mario Messina

29 La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico
Claudio Doliana

37 Temi ricorrenti in racconti relativi all'esperienza di malattia oncologica. Analisi del testo letterario
Giulia Ortez, Raffaella Valente Barbara Muzzatti

43 **Risultati delle elezioni per il rinnovo parziale del Consiglio Direttivo della SIPeM**

Questo secondo numero dell'annata 2015 di Tutor, si apre con un lavoro, presentato da Giacomo e Federico Delvecchio, di carattere storico, pur trattando un argomento formativo. È la rievocazione di una pagina di storia della Prima guerra mondiale del 1914-18, durante la quale l'organizzazione della Medicina militare, venne impegnata in misura eccezionale, in seguito all'elevatissimo numero di vittime e di feriti provocato dal conflitto. Un aspetto particolare di tale impegno fu costituito dalla penuria di medici militari così da indurre l'Esercito Italiano – impossibilitato a privarsi nelle linee operative di militari per inviarli a completare la loro formazione medica nelle Università lontane dal fronte – ad attuare una singolare sperimentazione didattica: l'istituzione, negli anni centrali del conflitto 1916 e 1917, di corsi accelerati di medicina in zona di guerra per studenti iscritti agli ultimi anni nelle Facoltà di Medicina del regno affidando la direzione dell'iniziativa al ten. col. CRI prof. Giuseppe Tusini. Il lavoro dei due Delvecchio prende in esame i particolari essenziali di questa vicenda.

Il lavoro che segue, di Fabrizio Consorti e Roos Meriam Walraven, tratta dell'urgenza, sempre maggiormente sentita, di fornire – in particolare ai medici giovani – un'adeguata preparazione per affrontare efficacemente le problematiche connesse alla medicina palliativa. È noto, infatti, come i programmi didattici dei corsi di laurea dedichino assai poco spazio – se non addirittura nullo – alle misure di assistenza ai pazienti affetti da malattia inguaribile, giunti in fase terminale. Il problema è reso ancor più importante e difficile da affrontare se si considera che la moderna trasformazione in senso multietnico della società attuale aggiunge ulteriori elementi di complessità. Gli Autori mettono in particolare risalto la necessità di saper affrontare opportunamente le eventuali barriere linguistiche, di saper opportunamente trattare emozioni e suscitare empatia superando differenze razziali ma rispettando la cultura e le tradizioni originali.

Segue il lavoro di Piersante Sestini et al., dedicato a discutere – con l'aiuto anche di un caso pratico – il concetto di valutazione democratica applicabile anche negli ambienti formativi medici. Per valutazione democratica va inteso, citando le parole degli Autori, "il tentativo aperto, indipendente, non normativo (in quanto non vincolante per gli organizzatori né i partecipanti) di dare voce a tutti gli attori coinvolti nel programma valutato". Gli Autori, dopo aver esaurientemente descritte le caratteristiche di questa tecnica, riconoscono l'esistenza in essa di pregi e di difficoltà operative, probabilmente conseguenti, queste ultime, alla novità di impostazione e alle differenze con le modalità valutative tradizionali; si augurano tuttavia che una estensione della metodica possa da un lato, ovviare alle inevitabili iniziali difficoltà e, dall'altro, di mettere in maggior luce le possibilità insite in essa.

Il successivo contributo di Claudio Doliana rappresenta l'ideale prosecuzione di una sua riflessione, già presentata qualche anno fa su Tutor (vol. 11), in tema di diagnosi e di linguaggio diagnostico, analizzando tali concetti sotto un punto di vista storico e filosofico.

L'ultimo lavoro compreso nel presente numero, presentato da Giulia Ortez et al., fa riferimento alla cosiddetta medicina narrativa o, più propriamente, all'impiego della narrazione nelle attività formative in ambito sanitario. Nella loro ricerca, gli Autori analizzano il testo di nove racconti autobiografici scritti da altrettanti pazienti affetti da malattia neoplastica, dai quali emerge come il mondo narrato dai pazienti sia molto variegato rispetto a quanto la letteratura scientifica descrive, facendo emergere, oltre a indubbie espressioni legate alla sofferenza, anche il tema della speranza. Vengono in particolare analizzate le metafore, rappresentazioni di sentimenti non facilmente descrivibili con gli usuali modi di esprimersi nel comune modo di parlare.

Al termine del fascicolo, viene data comunicazione dei risultati delle elezioni, recentemente conclusesi, per il rinnovo parziale del Consiglio Direttivo della SIPeM.

C.S.

Vol. 15, N. 2, 2015: 29-36
DOI: 10.14601/Tutor-16461

La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico

Claudio Doliana

Dottorando di ricerca in Pedagogia e Comunicazione, Università Pontificia Salesiana di Roma. E-mail: claudio.doliana@virgilio.it

ABSTRACT

The planes of language and reality should not be confused with each other, at least in the field of natural sciences. It is therefore necessary to make a distinction between "diagnosis", regarded as a linguistic formulation, and "object of diagnosis", regarded as an event, in order to avoid improper conceptual overlaps. Historical research shows that the concept of disease, i.e. the prototypical object of diagnosis, has always been rather vague, and only during the 18th and 19th centuries it acquired a more specific connotation as "local lesion". The same period saw the development of nosology, which, in addition to the names of the various diseases, also included terms referring to different existential conditions, feelings and behaviours, thus encouraging the further establishment of an ambiguous concept of object of diagnosis. Starting from the end of the 19th century an international medical language began to spread, while during the 20th century the concept of "local lesion" no longer appeared as a prerequisite for the definition of a disease.
During the last decades of the 20th century a contemporary diagnostic language developed, characterised by a high proliferation of formulations and a declared multi-sectorial usage. These features clearly detach the diagnostic language from the medical language, and turn it into a typically linguistic area of study. This article aims at substantiating a diagnostic language theory that is free from ideological positions and may be useful in professional communication pedagogy.

Key words: Diagnostic language, object of diagnosis, communication pedagogy

RIASSUNTO

A partire dal Settecento la malattia viene concettualmente precisata in quanto "lesione locale"; parallelamente nasce e si diffonde la nosologia, che include nomi di malattie e di varie situazioni esistenziali. Verso la fine del Novecento si assiste a una forte proliferazione del linguaggio diagnostico. L'articolo ne dà una prima sistemazione teorica.

Parole chiave: Linguaggio diagnostico, oggetto di diagnosi, pedagogia della comunicazione

http://www.fupress.com/tutor
ISSN (print) 1971-7296
ISSN (online) 1971-8551

PREMESSA

La ridefinizione concettuale di oggetti ed eventi, di cui ogni tanto abbiamo notizia, produce sempre un senso di spaesamento, che coglie ugualmente realisti e nominalisti, credenti e atei, rappresentanti delle Scienze naturali e delle Scienze sociali. Vediamo due esempi.

Oggetti naturali. I pianeti del sistema solare sono otto, e non nove come avevamo imparato a scuola. Nel 2006 l'Unione astronomica internazionale decise di riformulare la definizione di *pianeta* [1], ponendo all'attenzione degli studiosi un vecchio, affascinante tema: il rapporto tra parole e cose, tra la rappresentazione del mondo e il mondo così com'è. Plutone continua ad esistere, ma in quanto 'pianetino' sta per scomparire dai nuovi atlanti scolastici.

Eventi naturali. C'è un periodo dell'anno in cui il *mezzogiorno* è all'una del pomeriggio. Nel 1916 in Italia si stabilì per decreto di spostare avanti gli orologi di un'ora, con motivazioni di risparmio energetico [2]. Immuni dalle misure legali, anche in estate le meridiane continuarono a segnare il mezzogiorno a mezzodì, ognuna giustamente in momenti differenti, poiché, come sappiamo, il sole non si sposta in modo discreto ma continuo.

Tali esempi illustrano bene la classica distinzione tra *vox* e *res*, tra piano del linguaggio e piano della realtà. Di norma questi due livelli entrano in collisione: "Non appena noi parliamo della realtà, di qualche aspetto o pezzo di realtà, vi gettiamo sopra concetti e teorie. Ogni nostra osservazione è imbrattata di teoria: una maschera di teoria copre l'intero volto della natura" [3]. Ma ci sono diversi gradi di imbrattamento del reale: mentre nel caso di Plutone un certo oggetto viene semplicemente classificato in modo nuovo, nel caso dell'ora legale abbiamo una convenzione (il fuso orario) sulla quale viene esercitato un arbitrio. Ciò dimostra che un evento può anche essere letteralmente costruito. Uno dei modi più efficaci per costruire realtà fittizie è il linguaggio diagnostico.

La diagnosi tra descrizione e costruzione del mondo

Per quanto la diagnosi sia considerata come "l'elemento essenziale dell'atto medico" [4], il termine *diagnosi* viene utilizzato in diversi settori di intervento [5], sia nel significato di "processo" investigativo, o tecnica diagnostica, sia di "prodotto" linguistico, o formulazione diagnostica [6]. Nel presente lavoro considereremo la diagnosi in questa seconda accezione, ossia come linguaggio, e in particolare come insieme lessicale di uso specialistico multisettoriale, le cui fonti primarie sono i manuali diagnostici, quei testi cioè che raccolgono varie formulazioni standardizzate ritenute utili per la pratica di una comunicazione professionale non equivoca.

Attestazioni della locuzione *linguaggio diagnostico* le troviamo soltanto in tempi recenti, ad esempio nel manuale "PDM" [7]. Questo termine permette di porre teoreticamente una distinzione tra diagnosi e oggetto di diagnosi, tra piano del linguaggio e piano della realtà. Negli ultimi anni si è quindi potuto giustificare uno studio della diagnosi in quanto sistema lessicale, indipendentemente da precomprensioni di tipo clinico.

Si tratta di un terreno di ricerca poco battuto, ma non marginale: il *corpus* delle diagnosi esistenti sul mercato editoriale in lingua italiana assomma a molte centinaia di formulazioni raccolte in diversi manuali, e dal punto di vista lessicometrico la consistenza complessiva delle occorrenze non è stata ancora calcolata. Per la statistica linguistica si profila un compito nuovo.

Una *diagnosi*, oltre ad essere il "nome" di una "malattia" naturalisticamente intesa [8], è una "descrizione tecnica concisa" di una "condizione, situazione o problema" [9]. Pertanto il referente, che chiameremo *oggetto di diagnosi* [5], occupa un ampio spazio del reale, che interessa le scienze naturali così come le scienze sociali.

A seguito della proliferazione del linguaggio diagnostico, la "cosa" a cui una diagnosi si riferisce ha dunque assunto aspetti progressivamente più sfumati, tanto che all'interno di uno stesso testo appare spesso impossibile distinguere la descrizione di eventi naturali dalla ipostatizzazione di sentimenti e comportamenti. Il piano della realtà, costruito su parole, risulta sempre più sconnesso, fantasmatico, evanescente.

Con *Il Mondo o Trattato della luce* si afferma quel tipo di pensiero in cui la *res extensa* soccombe alla *res cogitans*, e che possiamo chiamare "realismo concettuale". Dice Cartesio: "il mio progetto non consiste tanto nello spiegare [...] le cose che sono

Linguaggio Medico	Linguaggio Diagnostico
1. settoriale	1. multisettoriale
2. utilizzato dai medici	2. utilizzato da un pubblico in espansione
3. centrato sulla funzione referenziale	3. centrato sulla funzione retorica
4. orientato alla comunicazione tra professionisti e pubblico	4. orientato alla produzione di ideologia professionale
5. descrittivo di patologie e di terapie	5. descrittivo di sentimenti e comportamenti
6. veicolato a livello verbale e scritto	6. veicolato prevalentemente a livello scritto
7. scarsamente suscettibile di parodia	7. altamente suscettibile di parodia
8. esposto a critica intraparadigmatica	8. esposto a critica letteraria e sociolinguistica
9. a proliferazione contenuta	9. a proliferazione elevata

Tabella 1. Tratti distintividel linguaggio medico e del linguaggio diagnostico

effettivamente nel vero mondo, ma soltanto di immaginarne uno a piacere in cui non vi sia nulla che le menti più rozze non siano in misura di concepire e che possa tuttavia essere creato esattamente come lo avrò immaginato" [10].

La filosofia neo-empirista della prima metà del XX secolo, in quanto analisi del linguaggio scientifico, cercherà poi di recuperare la realtà alla sua autonomia. Presentando il pensiero di Schlick, fondatore del Circolo di Vienna, Abbagnano spiega: "Tutte le proposizioni, tutti i linguaggi, tutti i sistemi di simboli e anche tutte le filosofie devono esprimere qualche cosa. Ma possono far questo solo se c'è qualche cosa che può essere espressa: questo è il materiale della conoscenza" [11].

Neurath, in opposizione a Schlick, sosterrà invece "un nominalismo radicale che riduce la scienza a puro linguaggio, senza riferimento a qualcosa di esterno [...]. Il criterio di verità delle proposizioni linguistiche non consiste nel loro confronto con dati o con esperienze immediate, ma solo nel loro confronto con altre proposizioni linguistiche [...]. La realtà stessa è, per Neurath, 'la totalità delle proposizioni' cioè il linguaggio" [11].

Quel grande catalogo di entità in diversi volumi, che è l'attuale linguaggio diagnostico, sembra essere la perfetta materializzazione delle posizioni filosofiche di ieri e di oggi a sostegno di un mondo totalmente costruito dalle parole.

DEFINIZIONI PRELIMINARI

Oggetto di diagnosi (piano della *res*): ombrello categoriale sotto il quale si raccolgono vari oggetti di conoscenza intuitivamente dissimili, e solo in parte afferenti a un qualche concetto di malattia. Questa, a sua volta, va considerata come oggetto di diagnosi prototipico.

La prima domanda in filosofia della medicina è la seguente: cos'è una malattia? E la risposta è spesso contenuta in una battuta di spirito: una malattia "è qualcosa che venga presentata come malattia in un trattato di patologia" [12]. Il "nominalismo radicale" sembra la strada epistemologica più dritta, in cui linguaggio e oggetto del linguaggio coincidono tautologicamente: "Composte di lettere, le malattie non hanno altra realtà che l'ordine della loro composizione" [13]. Di fatto, il tema dell'oggetto di diagnosi resiste a qualsiasi riduzione nominalistica.

Linguaggio diagnostico (piano della *vox*): sistema lessicale costituito dalle stringhe diagnostiche e dalle loro esplicitazioni contenute nei manuali, che prescinde dal riferimento extralinguistico. Data la sua consistenza, rappresenta un possibile campo di studio per la linguistica computazionale.

Questo termine possiede anche un'accezione squisitamente sociolinguistica, quale "'tecnoletto' di alto prestigio, il cui lessico di base è trasversale a varie lingue settoriali. Termini propri del linguaggio diagnostico sono – oltre a 'diagnosi' e 'diagnostica' – 'valutazione', 'identificazione' e 'accertamento'" [5].

Bisogna rilevare che, per essere adeguatamente descritto, il linguaggio diagnostico contemporaneo va interpretato come altro rispetto al linguaggio medico: le differenze più importanti sono qui elencate nella Tabella 1.

Sia il termine *oggetto di diagnosi* sia il termine *linguaggio diagnostico* hanno un ruolo di chiarificazione

del pensiero, utile in medicina così come in quegli ambiti culturali eterogenei che tanta parte hanno nella nostra cultura [14]. Ma i motivi di attenzione per questa nuova terminologia sono di natura strettamente formativa, nel campo della pedagogia medica e più in generale nell'ambito di una pedagogia della comunicazione professionale.

DIVERGENZE E CONVERGENZE DIACRONICHE

Nel corso del tempo non è mai esistito un rapporto costante tra il grado di indeterminatezza concettuale dell'oggetto di diagnosi e la quantità di linguaggio diagnostico prodotto. Queste due variabili storiche, etichettabili in termini di "vaghezza" (dell'oggetto) e "proliferazione" (del linguaggio), hanno un andamento indipendente, come possiamo vedere in Figura 1.
Operando una sintesi estrema all'interno di una periodizzazione a maglie larghe, abbiamo distinto quattro fasi; ognuna la descriveremo ponendo in parallelo lo sviluppo delle concezioni sull'oggetto di diagnosi – che in realtà è molto complesso e occupa interi capitoli di libri specialistici – e lo sviluppo del linguaggio diagnostico. Questo verrà ricostruito mediante fonti di prima mano.

Fase 1: fino al XVII secolo

Oggetto di diagnosi. La malattia, cioè l'oggetto di diagnosi prototipico, per Ippocrate è un evento naturale, ma nella precedente e successiva "concezione ontologica" diventa un qualcosa di vago quanto esistente, al di fuori del malato; Paracelso distingue cinque diverse "entità" [15]. Grmek osserva: "La personificazione della malattia ha lasciato tracce permanenti nel linguaggio. Anche quando la concettualizzazione della malattia sarà diventata perfettamente razionale, si continuerà a dire, nei testi medici tecnici così come in quelli letterari, che essa 'colpisce' qualcuno" [16].
Linguaggio diagnostico. "Già nelle prime fasi di sviluppo della lingua greca e del latino, è possibile trovare dei nomi di malattie, il che sta a testimoniare della costituzione antichissima di determinate categorie nosologiche" [16]. Nei primi duemila anni di storia della medicina inizia a formarsi un linguaggio medico, ma non esistono nomenclature stilate secondo principi tassonomici.

Fase 2: XVIII secolo

Oggetto di diagnosi. Il più grande salto epistemologico nella storia del pensiero medico è rappresentato dal *De sedibus* di Morgagni, del 1761 [17]. A partire dalla osservazione di pecore col fegato cirrotico [18], egli dirà che una malattia si definisce innanzitutto per "sede", fornendo quella indispensabile base teorica che permetterà nei decenni successivi di precisarla come "lesione locale" [19]. Il materialismo naturalistico tenderà così a soppiantare le fumose entità del realismo concettuale ancora dominante, e consentirà poi di studiare le singole malattie nella loro "storia naturale", una nozione tuttora valida [20]. L'opera di Morgagni, con la quale nasce l'anatomia patologica, "fu un avvenimento trionfale: quattro edizioni in quattro anni e traduzioni in inglese, francese e italiano" [18] [21], e così pure in tedesco, fino a una selezione di brani pubblicata nel 1967 [22].
Linguaggio diagnostico. La dissertazione dottorale di uno sconosciuto allievo di Linneo rappresenta il momento in cui nasce il linguaggio diagnostico: si tratta del *Genera morborum* di Schroeder, del 1759 [23]. Nel 1763 Linneo pubblica quel lavoro nella sua raccolta di ricerche varie [24] e se ne assume la paternità. All'epoca il grande tassonomista è professore di medicina a Uppsala, e da molti anni è in stretta corrispondenza con Sauvages, autore del coevo *Nosologia methodica*. Il manuale linneano, che è di appena trenta pagine, possiede già due tratti caratteristici contemporanei: *a*) tendenziale proliferazione delle formulazioni: nonostante il rasoio di Ockham, citato indirettamente nella conclusione del proemio [25], tra il 1759 e il 1763 passano da 323 a 325; *b*) sostanziale "indeterminatezza *de re*" [26]: pur presentandosi come una nomenclatura delle malattie – intese come "insiemi di sintomi" [27] – l'opera contiene anche nomi di sentimenti e di comportamenti, come *nostalgia* e *bulimus*, poi *bulimia*. Il linguaggio diagnostico, sviluppato nell'ultimo quarto di secolo da Cullen (*Synopsis nosologiae methodicae*) e da Pinel (*Nosographie philosophique*),



Figura 1. Variabili storiche a confronto: vaghezza dell'oggetto di diagnosi e proliferazione del linguaggio diagnostico

avrà così la funzione paradossale di far persistere una concezione vaga dell'oggetto di diagnosi, a dispetto della parallela crescita della conoscenza obbiettiva dei processi patologici. Nelle prime righe del proemio di Schroeder-Linneo troviamo un capitale principio metodologico: "Morborum nomina fixa evadere non possunt" [23, 24]. Sarà il manifesto di un nuovo, fortunato genere letterario.

Fase 3: XIX secolo

Oggetto di diagnosi. "L'opera di Morgagni rappresenta certamente una rottura epistemologica, ma la rivoluzione concettuale cui egli ha dato vita si realizza pienamente solo con Bayle e Laennec [...]: secondo loro, la lesione locale non è né la causa né l'effetto della malattia, ma la sua essenza" [19], "la sua definizione" [28]. Con Virchow, a metà del secolo, nasce poi la patologia cellulare, che sarà riconosciuta come "la base naturale della medicina" [29]. È il "trionfo del solidismo localizzatore" [28], l'epoca in cui la vaghezza dell'oggetto di diagnosi è al minimo storico.

Linguaggio diagnostico. La proliferazione è inarrestabile; l'opera di Pinel continua a uscire in varie edizioni, corrette e aumentate. "Un aneddoto vuole che Pinel abbia avuto l'intenzione di sopprimere, nell'ultima edizione della *Nosologie*, la classe delle febbri e che ne sia stato impedito dal suo editore" [13]. Verso la metà del secolo Farr, riferendosi all'opera di Cullen, si fa promotore di una nomenclatura standardizzata a uso statistico [6], e alla fine del secolo inizia a diffondersi la *Classification Bertillon* [28], l'antenata dell'"ICD".

Fase 4: dal XX secolo

Oggetto di diagnosi. In un crescendo di miniaturizzazione della "sede", oltre alla patologia cellulare si sviluppa la patologia molecolare, a partire da Garrod [28], ma la lezione di Morgagni sembra ormai lontana. Col XXI secolo si comincia a parlare apertamente di "crisi della diagnosi" [6]. Uno dei motivi di tale crisi riguarda l'oggetto della medicina: la concettualizzazione della malattia, in quanto obbiettiva lesione locale, viene progressivamente diluita dall'emergere di varie altre condizioni, come per esempio l' "ipertensione arteriosa essenziale", in cui "la deviazione dalla norma è quantitativa e non qualitativa e la distribuzione continua dei va-

lori della pressione rende arbitraria la divisione tra normale e patologico" [6]. La vaghezza dell'oggetto di diagnosi torna ad aumentare.
Linguaggio diagnostico. A partire dal secondo dopoguerra la nosologia viene periodicamente aggiornata a cura dell'Organizzazione Mondiale della Sanità: "Nel 1993, un secolo dopo l'adozione della *Classification Bertillon*, venne pubblicata a Ginevra la decima revisione della classificazione delle malattie, la prima che aspiri all'esaustività [...]. Il numero delle entità nosologiche è notevolmente aumentato, e la struttura dell'insieme perfezionata, ma le incoerenze fondamentali rimangono [...]. Lo statuto particolare delle affezioni psichiche è sottolineato dal fatto che ci si è decisi a non chiamarle più malattie, ma a parlare in modo molto più vago di 'turbe mentali e del comportamento'" [28]. Già nella classificazione di Schroeder-Linneo c'erano nomi di varie situazioni esistenziali, e la proliferazione del linguaggio diagnostico contemporaneo si basa su quella equivocità delle origini. Indipendentemente dall'"ICD", manuale del linguaggio medico, con l'ultimo quarto di secolo le formulazioni diagnostiche riferite a eventi eterogenei iniziano una crescita impressionante: si sviluppa la lunga serie "DSM", la manualistica di tipo "NANDA" e la classificazione "CD03", a cui seguiranno, col XXI secolo, l'"ICF" e il "PDM" (limitandoci ai volumi tradotti in italiano). Questi nuovi manuali vengono usati da un pubblico molto vario: nella penultima edizione del "DSM", ad esempio, si citano "psichiatri, medici, psicologi, assistenti sociali, infermieri, terapisti del lavoro e della riabilitazione, consulenti e altri operatori sanitari e della salute mentale" [30]. In altre parole, tutti coloro che a vario titolo si dedicano al sostegno socio-psico-pedagogico: "Ormai la gamma degli psicoterapeuti comprende assistenti sociali, infermieri, appartenenti al clero e persone esperte in varie forme di terapia". Così un libro divulgativo di vent'anni fa [31].

IL LINGUAGGIO DIAGNOSTICO CONTEMPORANEO

Questo rapido profilo storico ha permesso una delimitazione concettuale della locuzione *linguaggio diagnostico*, un costrutto recente che finora non aveva incontrato alcun tentativo di sistematizzazione. D'altra parte, perché parlare di parole soltanto? In realtà, tale argomento è rilevante per la pedagogia della comunicazione, poiché interessa aspetti delicati come le pratiche relazionali e il bisogno di visibilità sociale. Il linguaggio diagnostico, conferendo un senso di alta competenza tecnico-scientifica, costituisce un tema specifico per l'approccio sociolinguistico orientato allo studio delle varietà di prestigio e del "parlare difficile" [32], e si spiega con il suo correlativo, la deferenza: "Il fenomeno della *deferenza semantica* è assolutamente reale: tutti siamo pronti a riconoscere che alcuni parlanti sono più competenti di noi su questa o quella parola o famiglia di parole" [33].
Se apriamo qualcuno di quei manuali, volumoni o volumetti che siano, e iniziamo un'analisi del testo, troviamo molte traduzioni in 'diagnostichese' di situazioni più o meno comuni. Esempio di stringa diagnostica: "Difficoltà di gestione della casa (lieve, moderata, grave, potenziale, cronica)"; ad essa segue una "definizione", un elenco di "caratteristiche specifiche" e una lista di "fattori eziologici o correlati" [34]. Entità nosologica per badanti e assistenti domiciliari attribuibile all'intera popolazione dei single (nella variante "potenziale", perlomeno). La descrizione delle amenità in linguaggio diagnostico occuperebbe però una monografia, così invitiamo il Lettore a metterci il naso direttamente e a compilare una sua personale classifica.

CONCLUSIONI

Storicamente il linguaggio diagnostico è figlio della medicina, ma oggi non la riguarda in modo diretto. Le radici storiche della riflessione sul linguaggio diagnostico stanno invece nella cosiddetta "antipsichiatria", un movimento libertario costantemente attento nel porre differenza tra ciò che chiamiamo *malattie*, in quanto "lesioni anatomiche o fisiologiche dimostrabili", e ciò che chiamiamo *diagnosi*, in quanto "nomi", "costruzioni sociali" [35]. La fortuna di questo movimento è dovuta alle originali argomentazioni critiche relative alla metodologia della psichiatria, come nel seguente frammento: "Non è certo un caso che in

tutta la letteratura psichiatrica non si trovi nessun accenno a voci che comandino allo schizofrenico di essere particolarmente gentile con la moglie. Questo perché essere gentili con la propria moglie non è il tipo di comportamento cui vogliamo dare una spiegazione causale (psichiatrica)" [35]. L'approccio antipsichiatrico ha però una visione parziale, inglobandosi di fatto nel filone letterario della critica al "DSM", spesso connotata ideologicamente.
Una corretta rappresentazione del linguaggio diagnostico è dunque irriducibile a quell'approccio, poiché esige il rispetto di due avvertenze metodologiche di base: *a*) va considerata la *totalità dei manuali* presenti sul mercato – riduttivamente interpretabili in quanto varietà autoparodistica del linguaggio medico; *b*) va tenuto conto della *eterogeneità dei fruitori* – esplicita o implicita.
Sinteticamente, dal punto di vista filosofico, il linguaggio diagnostico può essere concettualizzato come "catalogo preciso pieno di entità vaghe" [26], o come processo culturale tendente alla costruzione di una "mappa del paese su scala un chilometro per chilometro" [36] a cui nulla sfugge: un totalitarismo linguistico *in fieri*, che pure assegnerebbe una diagnosi allo strano caso di chi è molto gentile con la propria moglie. Il fenomeno così descritto, data la sua pervasività, uscirebbe allora dal campo medico-pedagogico e andrebbe a investire le scienze umane nel loro complesso.

BIBLIOGRAFIA

[1] Gatti M. *et al. Dizionario enciclopedico geografico 2008*. Milano: Mondadori, 2007: 1126.

[2] Decreto Luogotenenziale n. 631 concernente l'adozione per l'Italia dell'anticipo dell'ora legale. *Gazzetta Ufficiale del Regno d'Italia*, 1916, 125: 2763.

[3] Antiseri D. Epistemologia contemporanea e logica della diagnosi clinica. In: R. Ghirardi (a cura di). *Come ragionano i medici*. Atti del Convegno (San Benedetto Po, 27 ottobre 2007). Mantova: Sometti, 2008: 23-51.

[4] Scandellari C. La metodologia in medicina. In: A. Pagnini (a cura di). *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*. Roma: Carocci, 2010: 221-254.

[5] Doliana C. La distribuzione sociale del linguaggio diagnostico e le sue conseguenze. Studio quantitativo sui titoli dei libri in commercio. *Tutor*, 2011 (2-3): 38-47.

[6] Cagli V. *La crisi della diagnosi. Cosa è mutato nel concetto e nelle procedure della diagnosi medica*. Roma: Armando, 2007: 25-33.

[7] Lingiardi V., Del Corno F. (a cura di). *PDM. Manuale diagnostico psicodinamico*. Milano: Cortina, 2008: xxix.

[8] Dall'Ara P., Cocilovo A. (a cura di). *Dizionario enciclopedico di medicina veterinaria: inglese italiano / italiano inglese*. Milano: Le Point Vétérinaire Italie, 2005: 301.

[9] Battaglia G. (a cura di). *Dizionario enciclopedico di medicina, nursing* e *scienze associate*. Milano: Ambrosiana, 1995: 409.

[10] Lojacono E. (a cura di). *Opere filosofiche di René Descartes: volume primo*. Torino: UTET, 1994: 417.

[11] Abbagnano N. *Storia della filosofia: volume terzo*. Torino: UTET, 1993: 786-787.

[12] Federspil G., Giaretta P., Oprandi N. Salute e malattia. In: A. Pagnini (a cura di). *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto*. Roma: Carocci, 2010: 51-79.

[13] Foucault M. *Nascita della clinica. Una archeologia dello sguardo medico*. Torino: Einaudi, 1998: 131; 206.

[14] Federspil G., Scandellari C. Medicina scientifica e medicina alternativa. In: *Epistemologia, clinica medica e la 'questione' delle medicine 'eretiche'*. Catanzaro: Rubbettino, 2003: 129-187.

[15] Federspil G., Giaretta P., Moriggi S. *Filosofia della medicina*. Milano: Cortina, 2008: 235-236.

[16] Grmek M.D. Il concetto di malattia. In: M.D. Grmek (a cura di). *Storia del pensiero medico occidentale 1. Antichità e Medioevo*. Roma-Bari: Laterza, 1993: 323-347.

[17] Morgagni J.B. *De sedibus et causis morborum per anatomen indagatis, libri quinque*. Venezia: Remondiniana, 1761.

[18] Sterpellone L. *Storia della medicina*. Milano: San Paolo, 1998: 177-178.

[19] Grmek M.D. Il concetto di malattia. In: M.D. Grmek (a cura di). *Storia del pensiero medico occidentale 2. Dal Rinascimento all'inizio dell'Ottocento*. Roma-Bari: Laterza, 1996: 259-289.

[20] Segen J.C. *Dizionario di medicina moderna*. Milano: McGraw-Hill, 2007: 720.

[21] Morgagni G.B. *Delle sedi e cause delle malattie anatomicamente investigate, libri cinque*. Trad. it. a cura di P. Maggesi. Milano: Rusconi, 1823-1829.

[22] Michler M., Premuda L. (a cura di). *Giovanni Battista Morgagni. Sitz und Ursachen der Krankheiten*. Berna: Huber, 1967.

[23] Schroeder J. *Genera morborum*. Dissertazione dottorale. Uppsala, 5 dicembre 1759.

[24] Schroeder J. Genera morborum. In: C. Linné. *Amoenitates academicae*, vol 6. Stoccolma: 1763: 452-486.

[25] James P.J. 'A Catalog of Distempers' Linnaeus' 'Bridge too far'? *The Linnean*, 2011, 2: 15-27.

[26] Varzi A.C. *Parole, oggetti, eventi e altri argomenti di metafisica*. Roma: Carocci, 2001: 135-161.

[27] Federspil G. Diagnosi. In: A. Pagnini (a cura di). *Filosofia della medicina. Epistemologia, ontologia, etica, diritto.* Roma: Carocci, 2010: 277-290.

[28] Grmek M.D. Il concetto di malattia. In: M.D. Grmek (a cura di). *Storia del pensiero medico occidentale 3. Dall'età romantica alla medicina moderna*. Roma-Bari: Laterza, 1998: 221-253.

[29] Vannini V. *Guida allo studio della patologia generale*. Pavia: La Goliardica Pavese, 2007: 5.

[30] Andreoli V., Cassano G.B., Rossi R. (a cura di). *DSM-IV-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali.* Milano: Elsevier Masson, 2001: 1.

[31] Marshall J.R. *La paura degli altri. Dalla timidezza agli attacchi di panico.* Milano: Longanesi, 1995: 189.

[32] Berruto G. *Sociolinguistica dell'italiano contemporaneo.* Roma: Carocci, 2012: 103.

[33] Marconi D. *La competenza lessicale*. Roma-Bari: Laterza, 1999: 108.

[34] Gordon M. *Manuale delle diagnosi infermieristiche*. Napoli: EdiSES, 2008: 180.

[35] Szasz T.S. *Il mito della malattia mentale*. Milano: Spirali, 2003: 16; 26.

[36] Carroll L. (= Dodgson CL). *Sylvie e Bruno*. Milano: Garzanti, 1996: 291.

I manoscritti devono essere inviati in formato elettronico a: cscand@libero.it.

Gli articoli possono essere scritti in Italiano o in Inglese.
Le pagine devono essere numerate consecutivamente.
La prima pagina del manoscritto deve contenere le seguenti informazioni:

- titolo per esteso del lavoro;
- titolo abbreviato (max 45 caratteri) per le pagine successive;
- Nome (per esteso) e Cognome di tutti gli autori;
- istituzioni di appartenenza degli autori (con indicazione delle città sedi delle istituzioni);
- nominativo dell'autore cui indirizzare la corrispondenza, per il quale devono essere indicati: indirizzo postale (via, numero civico, CAP, città) e indirizzo di posta elettronica (e-mail), numero telefonico di più facile reperibilità, se possibile numero di fax.

I manoscritti devono includere:

- un sommario breve di circa 50 parole nella lingua con cui è redatto il manoscritto;
- tre-sei parole-chiave in italiano ed in inglese;
- un riassunto esteso (circa 200 -250 parole) nella *lingua complementare a quella del testo*, preferibilmente strutturato secondo la seguente modalità: a) per le rassegne, esperienze o commenti: Premessa, Contributi o Descrizioni, Conclusioni; b) per lavori di ricerca: Premessa, Materiali e metodi, Risultati, Conclusioni.

Gli articoli di regola non dovranno superare le 4000 parole compresi il riassunto, le tabelle e la bibliografia.
Nel caso di più autori è possibile specificare in calce alla prima pagina il ruolo di ciascuno nel lavoro cui si riferisce l'articolo (es: ricercatore principale, autore *senior*, partecipante, etc.). In mancanza di tale annotazione, l'articolo verrà pubblicato con la nota "Il lavoro spetta in pari misura agli Autori".

TABELLE E FIGURE

Eventuali tabelle dovranno essere preparate su fogli separati. Nel testo dovrà essere indicato il punto in cui dovrebbero di massima apparire. Dovranno essere numerate con numeri arabi (es. Tabella 3); ogni tabella dovrà di regola riportare un titolo (al di sopra della tabella) e una legenda (al di sotto della tabella) breve ma capace di trasmettere il significato dei dati.
Eventuali figure (fotografie, disegni ecc.) dovranno essere preparate su fogli separati. Nel testo dovrà essere indicato il punto del testo in cui dovrebbero di massima apparire. Dovranno essere numerate con numeri arabi (per es. Figura 3); ogni figura dovrà di regola riportare un titolo (al di sopra della figura) e una legenda (al di sotto della figura) breve ma capace di trasmettere il significato del contenuto.
Nel caso di materiale illustrativo già pubblicato altrove o da altri autori, gli Autori devono dichiarare, sotto la propria responsabilità, di aver ottenuto l'autorizzazione alla loro riproduzione. Il materiale deve riportare l'indicazione della pubblicazione di origine.

BIBLIOGRAFIA

I riferimenti bibliografici dovranno essere numerati (tra parentesi quadra) nel testo, in ordine di citazione (citazioni identiche con lo stesso numero) ed elencati in ordine numerico nella bibliografia alla fine dell'articolo.
Le citazioni bibliografiche dovranno contenere nell'ordine:

- i cognomi (separati da virgole) di tutti gli autori, ciascuno seguito dalle iniziali maiuscole non puntate del nome:
  < Cognome N, Cognome NN>

Per le riviste

- il titolo per esteso in lingua originale preceduto e concluso da un punto fermo;
- il titolo del giornale (*in corsivo*) secondo le denominazioni internazionali (in forma estesa, oppure nella forma abbreviata, quando abitualmente utilizzata, senza interpunzioni tra le iniziali);
- i numeri di riferimento nel seguente ordine e formato:
  <anno, numero del volume: pagina iniziale-pagina finale.>

Esempio

[1] Sutton M, Carr-Hill R, Gravelle H, Rice N. Do measures of self-reported morbidity bias the estimation of the determinants of health care utilization? *Social Science and Medicine*, 1999, 49: 867-878.

Per i libri

- il titolo per esteso *in corsivo* e in lingua originale preceduto e concluso da un punto fermo;
- città di pubblicazione del libro, nome dell'editore, anno di stampa, eventuale pagina iniziale-pagina finale della parte citata:
  <città: nome dell'editore, anno: pagina iniziale-pagina finale.>

Esempio

[2] Gagne RM. *The Conditions of Learning.* NewYork: Holt, Rinehart & Winston, 1977: 59-67.

Per i capitoli di libri

- il titolo per esteso in lingua originale preceduto e concluso da un punto fermo;
- il riferimento al volume che contiene il capitolo:
  <In: Autori (a cura di). Titolo del libro (*in corsivo*). Città di pubblicazione: nome dell'editore, anno: pagina iniziale-pagina finale.>

Esempio

[3] Cohen F, Lazarus RS. Coping with the stresses of illness. In: G Stone, F Cohen, N Adler (a cura di). *Health Psychology:A handbook.* San Francisco: Josey-Bass, 1979: 217-254.

LISTA DI CONTROLLO

Prima di spedire il manoscritto, si prega di controllare la lista che segue per accertarsi che siamo state debitamente osservate le Istruzioni per gli Autori:

1. Manoscritto in formato elettronico, possibilmente Word
2. Materiale illustrativo: tabelle e figure, ciascuna con titolo e legenda
3. Nome per esteso e cognome di tutti gli Autori
4. Istituzioni di appartenenza degli autori con il nome della città e dello Stato
5. Titolo del lavoro nella lingua in cui è steso il testo
6. Titolo corrente
7. Sommario breve (circa cinquanta parole) nella lingua in cui è steso il testo
8. Sommario esteso (circa 200-250 parole) nella lingua complementare a quella del testo
9. Indirizzo completo di uno degli autori per la corrispondenza
10. Numeri consecutivi delle referenze nel testo
11. Collocazione consigliata delle tabelle e delle figure nel testo
12. Riferimenti numerati in bibliografia secondo lo stile raccomandato

Poiché la rivista viene prodotta con strumenti elettronici, non saranno inviate agli autori bozze per la correzione.

Gli estratti possono essere richiesti all'editore con indicazione del numero di copie (in numero non inferiore a 100), al momento in cui gli autori ricevono la comunicazione dell'accettazione del lavoro; il costo è a totale carico degli autori.
Gli autori che desiderano riceve una copia della rivista contenente il loro articolo sono invitati a comunicare all'Editore (Alessandro Pierno <alessandro.pierno@unifi.it>) il loro indirizzo postale.

http://www.fupress.com/tutor
ISSN (print) 1971-7296
ISSN (online) 1971-8551

tutor Rivista della Società Italiana di Pedagogia Medica
Attualità, Proposte e Ricerche per l'Educazione nelle Scienze della Salute

Volume 15, Numero 2, agosto 2015

Presentazione del numero
Cesare Scandellari

Lavori originali
L'Università Castrense nella formazione dei medici militari (1916-1917). Nel centenario della Grande Guerra il ricordo di una singolare sperimentazione didattica
Giacomo Delvecchio, Federico Delvecchio

Cultural Competent care: Educational Needs of junior Doctors in Palliative Care
Fabrizio Consorti, Roos Meriam Walraven

Democratic Evaluation of Clinical Clerkship in a Medical School. A Case study
Piersante Sestini, Rossella Angotti, Claudia Commisso, Mario Messina

La vaghezza dell'oggetto di diagnosi e la proliferazione del linguaggio diagnostico. Sviluppo storico
Claudio Doliana

Temi ricorrenti in racconti relativi all'esperienza di malattia oncologica. Analisi del testo letterario
Giulia Ortez, Raffaella Valente Barbara Muzzatti

Risultati delle elezioni per il rinnovo parziale del Consiglio Direttivo della SIPeM

€ 25,00